

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00270 vom 31. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00270

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00270 du 31 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00270 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art.

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben

eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 17. Mai 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, insbesondere eine Invalidenrente (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2022 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 30. Juni 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass weder aus körperlicher noch psychiatrischer Sicht Einschränkungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit langandauernd beeinträchtigen. Es bestünden zudem genügend

Ressourcen, welche die vorhandenen subjektiven Einschränkungen überwindbar machten, was sich beispielsweise im hohen Aktivitätsgrad des Beschwerdeführers widerspiegeln. Im Weiteren seien diverse psychosoziale Faktoren vorhanden, welche sich belastend auf den Beschwerdeführer auswirkten und von der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden könnten (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht nicht auf das

A.____ - Gutachten abgestellt. Dabei sei unklar, ob sie die Expertise für nicht beweiswertig halte oder davon abweiche, weil es sich nicht an die normativen Vorgaben gehalten habe (S. 4 Ziff. 6). Im ersteren Fall müsste ein neues Gutachten eingeholt werden und der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hätte einen solchen

Mangel nicht ohne eine neue Expertise heilen können (S. 5 Ziff. 6.1). Der RAD habe sich sodann nicht mit den medizinisch erhobenen Befunden auseinandergesetzt, sich zu einer ihm fachfremden neuropsychologischen Diagnose geäußert, keine eigenen Untersuchungen gemacht respektive Befunde erhoben und habe selektiv und nicht umfassend für gewisse Punkte andere Interpretationen geltend gemacht (S. 5 f. Ziff. 6.2).

Sollte die Beschwerdegegnerin dem Gutachten Beweiswert beimessen, so wäre zu prüfen, ob von der Expertise betreffend Arbeitsfähigkeit abgewichen werden könnte.

Der RAD habe

die Arbeitsfähigkeit nicht mittels eines umfassenden strukturierten Beweisverfahrens beurteilt und nicht nachgewiesen, dass die gutachterlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (S. 6 f f . Ziff. 7) .

3. 3.1

3.1.1

Die A.____ -Gutachter Dr. med. B.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Prof. Dr. med. C.____ , Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med .

D.____ , Facharzt für Chirurgie-Unfallchirurgie , med. pract . E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie

MSc

F.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP /SVNP , stellten in ihrer Konsensbeurteilung vom 1. Mai 2020 (Urk. 6/141/1-20) folgende Diagnosen (S. 13 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) - sonstige depressive Episoden (larviert, somatisiert) mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.8) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - arterielle Hypertonie, ED 2006 - Status nach subtotaler Schilddrüsenresektion 1998 - aktuell euthyreote Stoffwechsellage - familiäres Glaukom mit dysgenetischem Kammerwinkel beidseits - Status nach mehreren Trabekulotomien beidseits 1991/1992 - Status nach Varikozelen OP beidseits 1990 - Status nach Hämorrhoiden OP 1998 - Status nach Helicobacter eradikation 2015 - Aktenanamnestisch

Status

nach

posttraumatischer

Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) - Status nach Schütter-Kontusion (ICD-10 S40.0) mit Subluxation rechte Bicepssehne nach Sturz (Pulley-Läsion) - Status nach HWS-Distorsion (ICD-10 S13.4) vom 20. September 2015 - Status nach Volkmann'scher Fraktur links (konservativ versorgt) 3. August

2019 - cervicovertebrales und - cephalisches Syndrom mit/bei: - posttraumatische n

Kopfschmerzen,

am

ehelichen

Spannungstypkopfschmerzen entsprechend - Status nach Autounfall vom 20. September 2015 - lumbovertebrales Syndrom mit/bei: - Diskushernie L5/S1 - leichte vaskuläre Leukenzephalopathie und leichte globale Hirnatrophie rechtsbetont

Die Experten gingen sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer bei der Z.____ sowie in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % aus, wobei

diese vordergründig durch die psychische Störung bedingt sei und das vom psychiatrischen Experten geäußerte Fähigkeitsprofil gelte. Die früheren Arbeitsunfähigkeitsbemessungen seien durch Kliniken erstellt worden und seien aufgrund der Akten und der damals gestellten Diagnosen schlüssig, so dass diese Bemessungen in der bisherigen Tätigkeit nachvollziehbar seien. Da die angestammte Tätigkeit als optimal angepasste Tätigkeit betrachtet werden könne, gälten die für die bisherige Tätigkeit aufgeführten Arbeitsunfähigkeitsbemessungen auch für eine angepasste Tätigkeit. Die im Rahmen der aktuellen Begutachtung attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % entspreche der aktuell ausgeübten Tätigkeit von 60 %. Dieses 60 %-Pensum

bzw. die 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe retrospektiv seit April 2017. Es wurde darauf hingewiesen, dass die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit für die nächsten 12-24 Monate Geltung habe; danach sollte eine erneute psychiatrische Begutachtung stattfinden

(S. 15 f.).

3.1.2

Prof. Dr. C.____ führte in seinem neurologischen Teilgutachten vom 8. Januar 2020 (Urk. 6/141/91-110) folgende Diagnosen auf (S. 15): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - cervicovertebrales und - cephalisches Syndrom mit/bei: - posttraumatische n

Kopfschmerzen,

am

ehelichen Spannungstypkopfschmerzen entsprechend - Status nach Autounfall vom 20. September 2015 - lumbovertebrales Syndrom mit/bei: - Diskushernie L5/S1 - leichte

vaskuläre Leukenzephalopathie und leichte globale Hirnatrophie rechtsbetont

Der Gutachter führte aus, dass sich im Rahmen der neurologischen Untersuchung keine fokalen neurologischen Defizite gezeigt hätten. Entsprechend seien aktuell keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen und es liege in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit aus somatisch-neurologischer Sicht betreffend Zeit- und Leistungskomponenten eine volle Arbeitsfähigkeit vor (S. 15, S. 17 ff.). 3.1.3

Der orthopädische Gutachter stellte in seinem Teilgutachten vom 20. Januar 2020 (Urk. 6/141/111-136) folgende Diagnosen (S. 20): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Schulterkontusion (ICD-10 S40.0) mit Subluxation rechte Bicepssehne nach Sturz (Pulley-Läsion) - Status nach HWS-Distorsion (ICD-10 S13.4) vom 20. September 2015 - Status nach Volkmann'scher Fraktur links (konservativ versorgt) am 3. August 2019

Bezogen auf ein vollzeitliches Pensum liege aus orthopädisch-chirurgischer Sicht

eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor

(S. 24). 3.1.4

Die allgemein- internistische Gutachterin nannte in ihrem Teilgutachten vom 29. Januar 2020 (Urk. 6/141/68-90) folgende Diagnosen (S. 16) : - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - arterielle Hypertonie, ED 2006 - Status nach subtotaler Schilddrüsenresektion 1998 - aktuell euthyreote Stoffwechsellage - familiäres Glaukom mit dysgenetischem Kammerwinkel beidseits - Status nach mehreren Trabekulotomien beidseits 1991/1992 - Status nach Varikozelen OP beidseits 1990 - Status nach Hämorrhoiden OP 1998 - Status nach Helicobactere radikation 2015

Die Expertin hielt fest , aus allgem ein-internistischer Sicht ergäben sich weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit Einschränkungen des zeitlichen Arbeitspensums oder der Leistungsfähigkeit . Aktuell und retrospektiv bestehe auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 20 f.). 3.1.5

Die neuropsychologische Gutachterin diagnostizierte am 6. Februar 2020

eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7; Urk. 6/141/141-163 S. 19). Die Hauptschwierigkeiten beständen in einer mittelschweren verbalen Enkodier- und Speicherstörung, einer retroaktiven Interferenz, erhöhten Konfabulationen in den freien Abrufleistungen sowie in diskreten Leistungseinbrüchen am Ende der Untersuchung als Ausdruck von Ermüdung (Differenzialdiagnose Belastbarkeit). Bei grenzwertig vorhandenem Kurzzeitgedächtnis zeige sich die Leistung in der Supraspanne (1. Lernabruf) als leicht beeinträchtigt und der weitere Lernverlauf fluktuierend. Bei gut dargestelltem Interferenzabruf gelinge die kurzfristige Abrufleistung der zuvor gelernten Informationen ungenügend und zeige einen weiteren Informationsverlust über Zeit. Der zeitlich verzögerte Abruf liege daher im mittelschwer beeinträchtigten Bereich. Auch die Wiedererkennung gelinge stark ungenügend und der Beschwerdeführer zeige erhöhte falsch-positiv Antworten aus der Interferenzliste. In den freien Abrufleistungen präsentiere er vermehrte Konfabulationen. Gegenüber diesen deutlich ungenügenden Leistungen zeige er indes eine sehr gute Leistung im Arbeitsgedächtnis , wobei auch der verbal-logische Abruf kurzfristig gelinge und zeitlich verzögert

regelmäßig. Er zeige keine Einbußen im visuell-räumlichen Lernen und Gedächtnis und der zeitlich verzögerte Abruf der zuvor regelmäßig kopierten Rey-Figur gelinge ebenfalls gut (S. 16 f.).

Der Beschwerdeführer weise in der Untersuchung Zeichen von Hypermnesie auf und auch die dargestellte verbale Enkodier- und Speicherstörung mit vorhandenen Konfabulationen seien mit einer PTBS vereinbar (S. 17). Am Ende der Exploration präsentiere er vereinzelt ungenügende und fluktuierende Reaktionszeiten in den TAP-Leistungen, was überwiegend wahrscheinlich als Ausdruck von kognitiver Ermüdung (Differenzialdiagnose Belastbarkeit) unter Dauerbeanspruchung zu verstehen sei. Insgesamt zeige er aber keine Ermüdungszeichen, wobei die stetige intensive Auseinandersetzung mit den negativen Erlebnissen (Trauma [a] erlebnissen) zusammen mit den Testanforderungen überwiegend wahrscheinlich einen kognitiven « Overload » bedingten. Insgesamt weise er gute Aufmerksamkeitsleistungen auf und die Gedächtnis- sowie Exekutivfunktionen und die Visuokonstruktion erwiesen sich als regelmäßig

(S. 18).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit führte die Expertin aus, dass in der angestammten Tätigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht die vorgegebene Tagessollzeit zumutbar sei. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit und hierunter dargestellten Gedächtniseinbußen sowie im Verlauf der vorhandenen Leistungseinbrüche sei die Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt. Gemäss den Leitlinien der SVNP entspreche eine leichte neuropsychologische Störung einer Arbeitsfähigkeit von 70 bis 90 %, wobei beim Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit

eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vorliege (S. 21).

Die angestammte Tätigkeit sei mit dem beim Beschwerdeführer vorliegenden kognitiven Leistungsniveau vereinbar (S. 22). 3.1.6

Der psychiatrische Experte stellte in seinem Teilgutachten vom 16. Februar 2020 (Urk. 6/141/165-198) folgende Diagnosen (S. 25): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - sonstige depressive Episoden (larviert, somatisiert) mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.8) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit. Leichte kognitive Störung (leichte neuropsychologische Störung; ICD-10 F06.7) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - aktenanamnestisch Status nach PTBS (ICD-10 F43.1)

Der Gutachter führte aus, dass gemäss Mini-ICF-APP in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit mässige bis erheblich ausgeprägte Beeinträchtigungen bestanden hätten. Betreffend Proaktivität und Spontanaktivität, Mobilität und Verkehrsfähigkeit, Gruppenfähigkeit sowie

Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten sei von leicht bis mässig ausgeprägten Beeinträchtigungen auszugehen (S. 24).

Der Beschwerdeführer sei betreffend Psychostatus, Beziehungsgestaltung, Kontaktaufnahme und Übertragungsaspekte als alteriert zu bezeichnen. Die bestehende depressive Symptomatik sei erst nach einiger Zeit deutlich geworden, da er über weite Strecken um Wahrung der Fassung und Aufrechterhaltung der Fassade bemüht gewesen

sei. Die depressive Symptomatik sei ausgeprägt vorhanden gewesen und mit somatischen Symptomen einhergegangen. Auch testpsychiatrisch (HAMD 17) habe sich ein deutlicher Hinweis auf das Bestehen einer depressiven Symptomatik gefunden. Die Symptomatik sei als larviert zu beschreiben, wobei eine als deutlich zu bezeichnende Erschöpfungssymptomatik, eine Mindering des gesamten psychischen und energetischen Potenzials, eine gewisse Affektlabilität bis hin zur Affektinkontinenz sowie eine geringe Belastbarkeit deutlich geworden seien, sodass hieraus eine wesentliche Einschränkung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit und letztlich auch der Arbeitsfähigkeit zu « konsternieren » gewesen sei (S. 25 f.).

Die depressive Störung möge mit einer gewissen Somatisierung, einem Sprung ins Körperliche einhergehen, wobei aktuell – vor dem Hintergrund der bestehenden rezidivierenden Kopf- und Nackenschmerzen – die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne. Insgesamt erscheine im Verlauf dieser Symptomatik ein gewisser Rückgang aufgetreten zu sein, da weitere vorbestehende körperliche Beschwerden und Schmerzen momentan nicht mehr beklagt würden (S. 26).

Als Ursprung der psychischen Alteration sei das Unfallereignis vom 20. September 2015 zu nennen. Anfänglich könne eine Anpassungsstörung mit traumaassoziierter Symptomatik bestanden haben. Soweit retrospektiv möglich, habe damals kein Vollbild einer PTBS vorgelegen. Im weiteren Verlauf hätten sich insbesondere die depressive Störung ausgebildet und verstärkt respektive die Anpassungsstörung zu einer depressiven Störung beziehungsweise zu mindestens einer mittelgradigen depressiven Episode entwickelt. Hierzu seien auch weitere Umstände wie die Konfrontation mit dem Coach der Integrationsmassnahme der Wiedereingliederung und die Observation in Zusammenhang gestanden, welche die bestehende traumaassozierte Symptomatik verstärkt

hätten, so dass im Verlaufsbericht des Universitätsspitals G. ____

vom 1. Dezember 2017 die Diagnose einer PTBS gestellt worden sei

(S. 26). Soweit retrospektiv möglich,

sei diese Diagnose grundsätzlich nicht in Frage zu stellen, aktuell bestehe sie indes nicht mehr, da kein Vollbild der PTBS festgestellt werden könne. Es hätten traumaassozierte Symptome bestanden, wobei deren Qualifikation entsprechend den ICD-Kriterien nicht einfach sei, da letztere keine differenzierten Diagnosemöglichkeiten böten. Trotzdem erschwerten die aktuell noch feststellbaren traumaassozierten Symptome die Situation und verstärkten die weiteren aus psychiatrischer Sicht zu stellenden Diagnosen die Symptomatik (S. 27).

Die in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Auffälligkeiten seien am ehesten multifaktoriell bedingt. Hier komme der depressiven Störung ein Einfluss auf die Kognition zu, ebenso wie dem Schmerz, der Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum und der traumaassozierten Symptomatik (S. 27).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit bemerkte der Gutachter, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der Lage sei, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 40 bis 50 % zu verrichten. Die Leistungsfähigkeit möge innerhalb der Woche, von Tagen oder auch eines Tages fluktuieren. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei auch nach Ansicht des Beschwerdeführers als ideal angepasste Verrichtung zu bezeichnen.

Letzterer gehe davon aus, es könne erst dann zu einer weiteren Stabilität kommen respektive er könne erst dann seinen Alltag wieder leben und gestalten, wenn das gesamte Verfahren abgeschlossen sei. Entsprechend könne erst nach Abschluss des hängigen Gerichtsverfahrens und des Strafverfahrens wegen Versicherungsbetrugs endgültig eine Stabilisierung eintreten, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die nächsten 12 bis 24 Monate respektive bis zum Abschluss des laufenden Strafverfahrens gelte und hernach unbedingt eine erneute neuropsychologische und psychiatrische Abklärung durchgeführt werden sollte (S. 32, vgl. S. 30 oben). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe bereits nach dem Unfallereignis bestanden, ohne dass sich dies retrospektiv genau darstellen liesse, wobei im Jahre 2017 sicherlich eine Zunahme eingetreten sei (S. 33).

3.1.7

Der neurologische Gutachter und ärztliche Leiter der A._____

hielt am 2. Dezember 2020 in Beantwortung der Rückfragen der Beschwerdegegnerin vom 8. Juni 2020 (Urk. 6/144) nach Rücksprache und im Konsens mit allen Sachverständigen Folgendes fest (Urk. 6/150): Die von der neuropsychologischen Expertin festgestellte leichte kognitive Störung schränke die Fahrfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ein, was auch unter Berücksichtigung des Observationsmaterials gelte. Die von der neuropsychologischen Expertin festgestellte nicht durchwegs gegebene Auffassungsgabe im Anamnesegespräch sei dahingehend zu verstehen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des neuropsychologischen Anamnesegesprächs gelegentlich nicht verstanden habe, was die Expertin von ihm erfahren wolle;

er habe eine Antwort gegeben, welche die gestellte Frage nicht beantwortet habe (S. 1).

Im Weiteren wurde festgehalten, dass für den Fall, dass nach Abschluss des Gerichts- und Strafverfahrens allein durch den Wegfall der dadurch verursachten Belastung eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich wäre, psychosoziale Faktoren vorlägen, die bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen seien. Bei dem vor Eintritt des Gesundheitsschadens sehr leistungsorientierten und initiativen Beschwerdeführer sei es indes aufgrund der Diskrepanz des Selbstbilds als erfolgreicher Selbständigerwerbender einerseits und der Anschuldigung des Versicherungsbetrugs und der Hausdurchsuchung andererseits zu einem innerpsychischen Konflikt gekommen, der zu einer depressiven Störung geführt habe und diese noch unterhalte. Aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen Ressourcen sei es denkbar respektive wahrscheinlich, dass er nach Wegfall der Belastungsfaktoren den genannten Konflikt lösen und wieder zu einer höheren Arbeitsfähigkeit zurückfinden könne. Dies sei indes keinesfalls garantiert und jedenfalls nicht das selbstverständlich zu erwartende Resultat des Abschlusses des Strafverfahrens. Insofern sei es durch die psychosozialen Belastungen zu einem verselbständigten Gesundheitsschaden gekommen, welcher bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sei (S. 2).

Betreffend die latente Depression führte der Gutachter aus, dass eine solche ein Subtyp einer depressiven Störung sei, die sich hinter körperlichen Beschwerden verberge. Die Ansicht [der RAD-Ärztin], wonach es sich um kein eigenständiges Krankheitsbild handeln solle, sondern um eine Diagnose, die eigentlich nur im Rückblick gestellt werden könne, werde nicht geteilt. Eine latente Depression lasse sich unter Berücksichtigung der Anamnese und Würdigung der Symptome durch den psychiatrischen Facharzt genauso diagnostizieren wie eine typische depressive Störung. Aufgrund des klinischen Eindrucks

und der testpsychiatrischen Resultate (HAMD 17) müsse auch aktuell davon ausgegangen werden, dass ein mittelschweres respektive phasenweise schwer ausgeprägtes depressives Syndrom mit somatischen Symptomen bestehe, wobei eine deutliche Erschöpfungssymptomatik und eine Minderung des gesamten energetischen Potenzials vorlägen, zusammen mit einer Affektlabilität bis - inkontinenz und mit rezidivierenden Kopf- und Nackenbeschwerden, welche teilweise im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und teilweise im Zusammenhang mit der larvierten Depression einzuordnen seien (S. 2 f.).

Die cervicovertebralen und lumbalen Schmerzen, welche sich aus somatischer Sicht nicht ausreichend erklären liessen, seien aus psychiatrischer Sicht teilweise im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzuordnen. Wes halb beinahe täglich auftretende Nacken- und Rückenschmerzen

nicht als anhaltende Schmerzen zu beurteilen sein sollen, sei nicht nachvollziehbar. Selbst wenn auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung verzichtet würde, würde dies an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts ändern, da diese durch die diagnostizierte mindestens mittelschwere depressive Episode limitiert werde (S. 3).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der «Aggravation»

nach dem Unfallereignis [vgl. Urk. 6/141/ 194] führte der Gutachter aus, dass diesbezüglich Aggravation im untechnischen Sinne von Verschlimmerung zu verstehen sei. Beim Beschwerdeführer sei es nicht nur durch das Unfallereignis zu einem innerpsychischen Konflikt – welcher letztlich zu einer depressiven Episode geführt habe – gekommen, sondern zusätzlich auch durch das Strafverfahren, den Vorwurf des Betrugs, die Hausdurchsuchung morgens um 6 Uhr und die Begegnung mit dem merkwürdigen Case Manager des Haftpflichtversicherers (S. 3).

Schliesslich hielt der Experte fest, dass weiterhin mindestens eine mittelschwere depressive Episode vorliege, welche keine höhere Arbeitsfähigkeit erlaube. Aus dem Rückgang der körperlichen Symptome ergebe sich keine massgebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (S. 4). 3.2

Die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2020 (Urk. 6/155/13-15) aus, das bidisziplinäre Gutachten (Psychiatrie/Neuropsychologie)

im Rahmen der A.____-Begutachtung beruhe auf eigenen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sei es indes nicht vollständig einleuchtend, wobei auch die Antworten des neurologischen A.____-Gutachters vom 2. Dezember 2020 die Zweifel nicht umfassend geklärt hätten (Urk. 6/155/13) .

Die Diagnosen der sonstigen depressiven Episode (larviert, somatisiert) mit somatischen Symptomen, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, der anderen psychischen Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit sowie einer leichten kognitiven Störung (leichte neuropsychologische Störung) seien nicht plausibel nachvollziehbar. Es sei insgesamt eine depressive Störung beschrieben worden, jedoch nicht im Ausmass einer mittelgradigen Depression gemäss den ICD-10-Kriterien , weshalb aufgrund der Auslösesituation

(Unfallereignis, Betrugsan schuldigung) am ehesten von einer anhaltenden Anpassungsstörung seit Unfall oder einer erneuten Anpassungsstörung seit der vertieften Abklärung/Strafuntersuchung auszugehen sei. Im Weiteren könne auch nicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden, da lediglich rezidivierende Kopf- und Nackenschmerzen angegeben worden seien, wobei sich in der Bildgebung strukturelle Veränderungen gezeigt hätten. Unklar sei sodann, wie es zur Diagnose Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit gekommen sei, da eine entsprechende Herleitung fehle und der Unfall offen bar zu keiner Hirnverletzung geführt habe. Ebenso wenig seien die Kriterien für die Diagnose einer leichten kognitiven Störung erfüllt, da der Beschwerdeführer weder eine Hirnverletzung erlitten habe noch eine andere körperliche Krankheit vorliege, welche die kognitiven Einschränkungen erklären könnte (Urk. 6/155/13-14).

Da keine schwerwiegende psychiatrische oder neuropsychologische Diagnose vorliege und das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im Alltag als relativ gut einzuschätzen sei, könnten aus psychiatrischer Sicht weder die im Mini-ICF-App beschriebenen und nicht weiter begründeten Einschränkungen noch die nur 60%ige Arbeitsfähigkeit nachvollzogen werden (Urk. 6/155/15). 4. 4.1

Die somatischen Expertisen von Dr. B.____, Prof. Dr. C.____ und Dr. D.____ wurden von den Parteien nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 6/155/11)

und es drängen sich weder aufgrund der übrigen medizinischen Akten noch im Lichte der bundes gerichtlichen Anforderungen an einen beweiswertigen ärztlichen Bericht (vgl. E. 1.5) Zweifel an den Schlussfolgerungen der betreffenden Gutachter auf. 4.2

Das psychiatrische A.____ -Teilgutachten vom 16. Februar 2020 inklusive die neuropsychologische Einschätzung

vom 6. Februar 2020 und die gutachterliche Ergänzung vom 2. Dezember 2020 (vgl. E. 3.1.5 -7) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk. 6/141/141-163 S. 10 ff., S. 16 ff.; Urk. 6/141/165-198 S. 12 ff., S. 29 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (Urk. 6/141/141-163 S. 5 ff., S. 17 f. ; Urk. 6/141/165-198 S. 7 ff., S. 25 ff., S. 29 f.). Sie kommentierten insbesondere abweichende Einschätzungen anderer Arztpersonen und würdigten diese in nachvollziehbarer Weise (Urk. 6/141/165-198 S. 26). Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In diesem Sinne ging der psychiatrische Gutachter med. pract. E.____ aus fachärztlicher Sicht in schlüssiger Weise von einer sonstigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer leichten kognitiven Störung aus, wobei er in der angestammten Tätigkeit namentlich unter Hinweis auf ein mittelschweres bis phasenweise schwer ausgeprägtes depressives Syndrom eine

Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % attestierte (Urk. 6/141/165-198 S. 25, S. 27, S. 32). Die neuropsychologische Expertin legte einleuchtend dar, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit aufgrund einer leichten kognitiven Störung in seiner Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt ist (Urk. 6/141/141-163 S. 19, S. 21).

Die

Expertise

erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c),

weshalb

für

die Entscheidung darauf abzustellen ist. 4.3

An dieser Beurteilung vermag der von der RAD-Ärztin – welche den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte – am 9. Dezember 2020 gemachte Hinweis, die vom psychiatrischen Experten aufgeführten Diagnosen seien nicht nachvollziehbar (Urk. 6/155/13-14), nichts zu ändern. Rechtsprechungsgemäss kommt es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Schliesslich kann die psychiatrische Begutachtung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen; sie eröffnet der sachverständigen Person deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2016 vom 22. August 2016 E. 4.2.1 mit Hinweis). Entsprechend sagt

namentlich die Unterscheidung sonstiger depressiver Episoden (larviert, somatisiert; Urk. 6/141/165-198 S. 25) oder Anpassungsstörung (Urk. 6/155/13-14) nichts über die Schwere der Erkrankung aus. Ins Leere zielt sodann der pauschale Hinweis der RAD-Ärztin, Personen mit den genannten Symptomen nach ICD-10 erhielten überwiegend andere Diagnosen und nicht jene einer larvierten Depression (Urk. 6/155/13). Im Weiteren legte Prof. Dr. C. ___ am 2. Dezember 2020 nachvollziehbar dar, weshalb der Kritik der RAD-Ärztin betreffend larvierte Depression und anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht zu folgen sei, wobei er

namentlich auch darauf hinwies, dass der Verzicht auf die Diagnose der Schmerzstörung nichts an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ändern würde, da diese durch die diagnostizierte mindestens mittelschwere depressive Episode limitiert werde (Urk. 6/150 S. 2 f.). Was die Ausführungen der RAD-Ärztin betreffend die neuropsychologische Diagnose der leichten kognitiven Störung angeht (Urk. 6/150/14), ist zu berücksichtigen, dass Dr. H. ___ über keinen Fachtitel in Neuropsychologie verfügt. Bezüglich ihres Hinweises auf die im neuropsychologischen Teilgutachten erwähnte 90%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/141/141-163 S. 18) ist festzuhalten, dass an anderen Stellen im Teilgutachten sowie im Rahmen der Konsensbeurteilung übereinstimmend von einer Leistungseinschränkung von 20 % ausgegangen wurde (S. 21 f., Urk. 6/141/1-20 S. 15).

Betreffend das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, es bestünden diverse psychosoziale Faktoren, welche von der Invalidenversicherung nicht zu berücksichtigen seien (Urk.

S. 2), ist Folgendes zu bemerken: Die Beschwerdegegnerin beließ es beim pauschalen Hinweis und machte keine Angaben darüber, um welche konkreten Belastungsfaktoren es sich handle. Soweit sie sich auf die Strafuntersuchung respektive das Gerichtsverfahren bezog, ist auf die Ausführungen

von Prof. Dr. C.____ vom 2. Dezember 2020 (Urk. 6/150) zu verweisen, wonach es dadurch beim Beschwerdeführer zu einem verselbständigten Gesundheitsschaden gekommen ist (S. 2). Rechtsprechungsgemäss sind von der psychosozialen oder soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von der Invalidenversicherung zu berücksichtigen (vgl.

dazu BGE 141 V 281 E. 4.3.3, 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

5.

5.1

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex

«Persönlichkeit»

(Persönlichkeitsdiagnostik,

persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs-

und
eingliederungsanamnestisch

ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).
5.2

5.2.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zunächst festzuhalten, dass der psychiatrische A.____ - Gutachter von einem mittel bis phasenweise stark ausgeprägten depressiven Syndrom mit Somatisierung ausging, wobei er namentlich eine deutliche Erschöpfungssymptomatik, eine Minderung des gesamten psychischen und energetischen Potenzials, eine Affektlabilität bis hin zur Affektinkontinenz sowie eine geringe Belastbarkeit beschrieb. Auch der Privatgutachter PD Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beschrieb am 6. Mai 2019 ein mittelschweres bis phasenweise schwer ausgeprägtes depressives Syndrom (Urk. 6/141/254-278 S. 22; zum Beweiswert von Privatgutachten, vgl.

BGE 141 III 433 E. 2.3 unter Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ dd und E. 3c).

Eine versicherungsrelevante Komorbidität bestehe gemäss dem psychiatrischen A.____-Experten vor dem Hintergrund der neuropsychologischen Diagnose einer leichten kognitiven Störung, der Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose Spektrum (mit rezidivierenden Kopf- und Nackenschmerzen), der traumaassoziierten Symptomatik und der depressiven Störung (Urk. 6/141/165-198 S. 2

E. 7

). 5.2.2

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (Urk. 6/141/165-198 S. 27). Der A.____ - Gutachter wies aber auf eine anankastisch strukturierte Primärpersönlichkeit des Beschwerdeführers mit einer hohen Leistungsbereitschaft und einem hohen Leistungsanspruch hin (S. 23). 5.2.3

Betreffend den Komplex «Sozialer Kontext» ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau und seiner Tochter (geboren 2010) zusammen wohnt (Urk. 6/141/165-198 S. 18). Er gab an, dass er zu seinen Geschwistern und seiner Mutter ein gutes Verhältnis habe und einen guten Freundeskreis pflege. Im Vergleich zur Zeit vor dem Unfall sei er aber sozial viel weniger aktiv und vermeide gesellige Situationen, vor allem wenn es sich um grössere Anlässe handle (Urk. 6/141/68-90 S. 11, Urk. 6/141/165-198 S. 16,

Urk. 6/141/254-278 S. 16). 5.2.4

Zum Aspekt einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

berichtete der Beschwerdeführer, dass er normalerweise zwischen 6 und 7 Uhr aufstehe, einen Kaffee trinke, sich bereit

mache und dann der Ehefrau und der Tochter einen Kaffee respektive eine «Schoggi» ans Bett bringe. Nachdem die Tochter um 8 Uhr alleine in die Schule gegangen sei, arbeite er im Büro, mache Kundenbesuche oder nehme Arzttermine wahr. Die Familie nehme das Mittag- und Abendessen zusammen ein und verbringe auch den Abend gemeinsam, wobei der Beschwerdeführer zwischen 21 und 23 Uhr zu Bett gehe. Da er sich sozial sehr zurückgezogen habe, gehe er manchmal in ein Café und versuche, Zeitung zu lesen und Kontakte zu pflegen. Er jogge und gehe ins Fitness und die Hausarbeiten würden die Eheleute gemeinsam erledigen. Neben Joggen gab er als Hobbies Spaziergehen, Wandern und gelegentlich Snowboarden an (Urk. 6/141/165-198 S. 18 f. ;

Urk. 6/141/68-90 S. 12 f. ; Urk. 6/141/141-163 S. 11, S. 13). Betreffend Ressourcen verwies der psychiatrische A.____-Gutachter auf die Kommunikationsfähigkeit, die Motivation, die Therapieadhärenz, die ausserberuflichen Fähigkeiten, das soziale Umfeld und die geordnete Tagesstruktur des Beschwerdeführers (Urk. 6/141/165-198 S. 19). 5.2.5

Betreffend den Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall im September 2015 die Physiotherapie, Osteopathie, Craniosacral-Therapie sowie die medizinische Trainingstherapie (MTT) besuchte. Von Oktober 2015 bis März 2016 nahm er an einer kognitiven Verhaltenstherapie respektive ab Juli 2016 bis mindestens März 2019

an einer Traumatherapie teil

(Urk. 6/141/254-278 S. 6 ff.). Im Zeitpunkt der A.____-Begutachtung fand abgesehen von einer monatlichen Konsultation bei der Hausärztin alle zwei Wochen eine (psychiatrische) psychotherapeutische Therapiesitzung statt und der Beschwerdeführer war zudem im Kopfwehzentrum J.____

in Behandlung. Eine antidepressive Medikation habe nie bestanden, da vorbestehend vielfältige medikamentöse psychopharmakologische Interventionen durchgeführt worden seien, die jedoch wenig hilfreich und nebenwirkungsbehaftet gewesen seien, weshalb diese in Absprache mit den damaligen Behandlern wieder aufgegeben worden seien. Aus gutachterlicher Sicht wurde die Behandlungsaktivität als ausreichend qualifiziert (Urk. 6/141/165-198 S. 19, S. 27). 5.3

5.3.1

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren, dass die funktionellen Auswirkungen der konkreten Gesundheitsbeeinträchtigungen vom psychiatrischen A.____-Experten schlüssig und differenziert erfasst wurden. Aufgrund der diagnostizierten mittel bis phasenweise schwer ausgeprägten depressiven Störung und den weiteren gestellten Diagnosen – insbesondere der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und leichten kognitiven Störung – bestehen beim Beschwerdeführer verschiedene funktionale Defizite, unter anderem in Form einer deutlichen Erschöpfungssymptomatik, einer Minderung des energetischen Potenzials, einer Affektlabilität respektive Affektinkontinenz sowie einer geringeren Belastbarkeit. Ausgewiesen ist in Anbetracht der seit Jahren regelmässig wahrgenommenen psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung ein gewisser Leidensdruck.

Demgegenüber sind mit Blick auf das im Alltag gelebte Aktivitätsniveau und den sozialen Kontext durchaus auch mobilisierbare Ressourcen zu erkennen.

Bei dieser Ausgangslage bestehen insgesamt keine triftigen Gründe, die vom psychiatrischen A.____-Experten attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in der bisherigen Tätigkeit – welche für die Dauer von zwölf bis maximal 24 Monaten nach Begutachtung postuliert wurde (Urk. 6/141/165-198 S. 32) – in Zweifel zu ziehen. Der psychiatrische Privatgutachter PD Dr. I.____

sprach sich unter Hinweis auf das mittelschwere bis phasenweise schwer ausgeprägte depressive Syndrom eben falls für diese Leistungsfähigkeit aus (Urk. 6/141/254-278 S. 22 f.). Im Übrigen entspricht die attestierte Arbeitsfähigkeit auch dem tatsächlich vom Beschwerdeführer ausgeübten Arbeitspensum von 60 % , nachdem er dieses nach dem Unfall im September 2015 – im Februar 2017 musste ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 20 % noch abgebrochen werden – stetig steigerte (Urk. 6/141/91-110 S. 11, Urk. 6/141/165-198 S. 17 , Urk. 6/141/254-278 S.

E. 9

'094.--] ; Fr. 420'000.-- im 2012; Fr. 450'000.-- im 2013; Fr. 84'240.-- im 2014) erscheint es als überwiegend wahrscheinlich , dass er bei Ausschöpfung

des ihm zumutbaren 60

%-Pensums in der Immobilienbranche ein Jahreseinkommen von wenigstens Fr. 59'169.-- zu erzielen vermag , zumal nicht davon auszugehen ist , dass er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen eine überproportionale Lohn einbusse verzeichnet . Im Vergleich mit dem

Valideneinkommen von Fr. 97'639.-- resultiert somit keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von mindestens 40

% (Fr. 38'470.--) . Gemäss

LSE 2016, Tabelle TA1, beträgt das Einkommen von

im Grundstücks- und Wohnungswesen im obersten Kompetenzniveau 4 tätigen Männern bei einem 60 %-Pensum Fr. 79'376.-- (Fr. 10'626.-- x 12 : 40 x 41.5 x 0.6; vgl. auch Tabelle T

03.02.03.01.04.01 Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 68 Grundstücks- und Wohnungswesen), sodass auch das Abstellen auf Tabellenwerte nicht zu einem anderen Ergebnis führt .

Nach dem Gesagten steht dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zu, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern,
zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.